

**Herzlich willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis für  
Kinder- und Jugendmedizin.**

Bitte füllen Sie zur Vereinfachung der Aufnahme diesen Anamnesebogen aus.  
Vielen Dank.

**1. Angaben zum Kind**

**Datum:**

|                         |                                 |                                 |                                 |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Name des Kindes:        |                                 |                                 |                                 |                                 |
| Geburtsdatum:           |                                 |                                 |                                 |                                 |
| Adresse:                |                                 |                                 |                                 |                                 |
| Name der Mutter:        |                                 |                                 | Geburtsjahr:                    |                                 |
| Name des Vaters:        |                                 |                                 | Geburtsjahr:                    |                                 |
| Kind lebt bei:          | Eltern <input type="checkbox"/> | Mutter <input type="checkbox"/> | Vater <input type="checkbox"/>  | Andere <input type="checkbox"/> |
| Sorgeberechtigt:        | Mutter <input type="checkbox"/> | Vater <input type="checkbox"/>  | Andere <input type="checkbox"/> |                                 |
| Anzahl der Geschwister: |                                 | Geb.jahr/e                      |                                 |                                 |
| Telefonnummer:          | Festnetz:                       |                                 | Mobil:                          |                                 |

**2. Krankenversicherung**

|  |  |
|--|--|
| Name der Krankenversicherung                                 |  |
| Familienversichert?<br>(Name und Anschrift des Versicherten) |  |
| Privat versichert?<br>(Name und Anschrift des Versicherten)  |  |
| Geburtsdatum Versicherter                                    |  |

Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift / Telefonnummer / Krankenversicherung zeitnah mit.

**Bitte wenden und Seite 2 ausfüllen ☺**

### 3. Schwangerschaft und Geburt

|  |                                      |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Auffälligkeiten während der Schwangerschaft: |                                      |                                      |  |
| Schwangerschaftsdauer (in Wochen):           |                                      |                                      |  |
| Geburtsort:                                  | Klinik <input type="checkbox"/>      | Geburtshaus <input type="checkbox"/> | Hausgeburt <input type="checkbox"/>    |
| Geburtsmodus:                                | Spontan <input type="checkbox"/>     |                                      | Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> |
| Geburtslage:                                 | Schädellage <input type="checkbox"/> |                                      | Beckenendlage <input type="checkbox"/> |
| Probleme des Kindes nach der Geburt:         |                                      |                                      |  |

### 4. Familienanamnese

|  |                                    |                                       |   |  |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Bekannte Erkrankungen in der Familie:                      |                                    |                                       |   |  |
| Erkrankungen / Entwicklungsbesonderheiten der Geschwister: |                                    |                                       |   |  |
| Erkrankungen / Operationen des Kindes:                     |                                    |                                       |   |  |
| Welche Medikamente bekommt ihr Kind:                       |                                    |                                       |   |  |
| Bekommt ihr Kind:  | Logopädie <input type="checkbox"/> | Ergotherapie <input type="checkbox"/> | Krankengymnastik <input type="checkbox"/> | Frühförderung <input type="checkbox"/> |
| Ich mache mir Sorgen über:                                 |                                    |                                       |   |  |

Falls Sie das gelbe Vorsorgeheft und / oder den Impfausweis heute nicht vorlegen konnten, bringen Sie bitte beides bei ihrem nächsten Besuch mit.